



# Colectta

Instituto de Pesquisa Estatística

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO ANS 2025**

**RELATÓRIO FINAL**



# INTRODUÇÃO

A pesquisa de satisfação de beneficiários aqui apresentada tem como objetivo central captar, de forma abrangente, precisa e estatisticamente representativa, a percepção dos beneficiários acerca da qualidade dos serviços prestados, da efetividade do atendimento, da clareza e transparência das informações disponibilizadas e da experiência global com o plano de saúde. Mais do que aferir níveis pontuais de satisfação, este estudo busca compreender os principais fatores que influenciam a jornada do usuário, identificar oportunidades estruturadas de aprimoramento e produzir informações qualificadas e acionáveis para a gestão das operadoras.

Este relatório foi elaborado em estrita conformidade com as diretrizes e indicadores de desempenho estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em especial aqueles vinculados ao Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O IDSS constitui um instrumento estratégico de avaliação comparativa entre operadoras, ao sintetizar dimensões fundamentais como qualidade assistencial, sustentabilidade econômico-financeira, conformidade regulatória e satisfação do beneficiário, promovendo maior transparência, governança e estímulo à melhoria contínua dos serviços ofertados no setor.

A Colectta aporta a este trabalho sua expertise consolidada em pesquisas de satisfação e experiência do cliente, aliada a rigor metodológico, controle estatístico e processos robustos de coleta, verificação e análise de dados, assegurando a confiabilidade e a validade dos resultados apresentados.

Este documento inaugura um conjunto estruturado de entregas analíticas que têm por finalidade não apenas mapear o nível atual de satisfação dos beneficiários, mas também estabelecer uma base consistente para o monitoramento longitudinal dos indicadores e o suporte a processos decisórios orientados por evidências ao longo de toda a cadeia de valor da saúde suplementar.

## APRESENTAÇÃO DA EMPRESA RESPONSÁVEL TÉCNICA

A **ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS FISCAIS DO ESTADO DO AMAZONAS - AFPEAM**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº **38.809-2**, contratou a Colectta Instituto de Pesquisa e Estatística LTDA para a execução da pesquisa de satisfação de beneficiários.

A Colectta é uma empresa especializada em estudos estatísticos e pesquisas de satisfação, com ampla experiência na condução de levantamentos alinhados às diretrizes metodológicas e aos critérios técnicos estabelecidos pela ANS. A empresa dispõe de equipe técnica qualificada, composta por profissionais devidamente registrados no Conselho Regional de Estatística (CONRE), atendendo às exigências de responsabilidade técnica aplicáveis a esse tipo de estudo.

O responsável técnico pela execução da pesquisa, bem como pela observância e aplicação das recomendações técnicas definidas pela ANS, é o estatístico **Diego Henrique Carvalho Camacho**, graduado e regularmente registrado no CONRE sob o nº 9834-A.

A auditoria independente do estudo, conforme previsto nas diretrizes da ANS, será conduzida pelo estatístico **Daniel Hirayama**, profissional igualmente qualificado, que representa a empresa Azulminer.

## OBJETIVO



A incorporação da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde como um dos critérios de avaliação do Programa de Qualificação das Operadoras (PQO) tem como finalidade ampliar a participação ativa dos beneficiários no processo de avaliação da qualidade dos serviços ofertados. Os resultados obtidos por meio desta pesquisa constituem um importante instrumento para subsidiar as ações de melhoria contínua da qualidade assistencial e operacional das operadoras de planos de saúde (OPS), bem como para orientar e fortalecer as iniciativas regulatórias conduzidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A pesquisa de satisfação está inserida na Dimensão 3 do PQO — Dimensão de Sustentabilidade de Mercado (IDSM) —, a qual contempla requisitos relacionados ao equilíbrio econômico-financeiro das OPS e à avaliação da satisfação dos beneficiários em relação aos serviços prestados. Essa dimensão reforça a importância da percepção do usuário como elemento estratégico para a sustentabilidade e a competitividade das operadoras no mercado de saúde suplementar.

Adicionalmente, os resultados da pesquisa permitem à operadora compreender, de forma estruturada e baseada em evidências, a percepção de seus beneficiários quanto aos serviços oferecidos, viabilizando a definição de ações estratégicas mais assertivas. Os indicadores gerados apoiam o processo decisório, orientam a priorização de iniciativas de melhoria e contribuem para o aprimoramento do relacionamento e da atuação da operadora junto aos seus beneficiários.

## DESCRIÇÃO DOS ERROS NÃO AMOSTRAIS

### Não ocorreram erros não amostrais.

Os procedimentos adotados para o tratamento dos erros não amostrais foram definidos considerando a realização da coleta de dados por meio de abordagem multicanal, combinando entrevistas telefônicas e o uso da plataforma digital exclusiva da Colectta. A coleta telefônica foi conduzida por entrevistadores devidamente treinados, enquanto a plataforma digital foi acessada por meio de link individual, pessoal e intransferível, enviado aos beneficiários selecionados via e-mail e WhatsApp.

### **Erros durante a coleta de dados**

Não foram identificados erros não amostrais relacionados à aplicação do questionário, à condução das entrevistas telefônicas ou ao funcionamento da plataforma digital. Todas as entrevistas e questionários considerados válidos atenderam aos critérios de consistência, completude e conformidade metodológica previamente estabelecidos.

### **Inconsistências ou invalidação de entrevistas**

Nos casos em que entrevistas ou questionários apresentaram inconsistências, preenchimento incompleto ou qualquer fator que comprometiam sua validade estatística, os registros correspondentes foram desconsiderados e excluídos da base de dados. Para preservação do tamanho amostral e da representatividade do estudo, procedeu-se à substituição por novos elementos da população-alvo, selecionados de forma aleatória e com características equivalentes, em estrita observância ao plano amostral definido.

### **Recusa à participação**

A recusa à participação foi caracterizada tanto pela negativa explícita do beneficiário no contato telefônico quanto pela não adesão ao preenchimento do questionário disponibilizado via plataforma digital. Em tais situações, o beneficiário foi classificado como recusa, sendo realizada a substituição por outro elemento sorteado da população-alvo.

### **Ausências ou impossibilidades momentâneas**

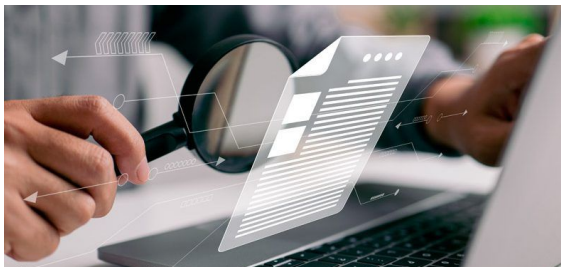
As situações de ausência ou impossibilidade temporária foram caracterizadas pela não efetivação do contato telefônico indisponibilidade momentânea do beneficiário para responder à pesquisa. Nesses casos, foram realizadas novas tentativas de contato, limitadas a vinte tentativas adicionais.

### **Ajustes e complementações por meio de canais alternativos**

Quando necessário, ajustes pontuais, complementações de informações ou validações de respostas foram realizados por meio do canal alternativo ao inicialmente utilizado (telefone e e-mail) garantindo a correta finalização dos questionários, a integridade das informações registradas e a padronização dos dados coletados.

# PROCEDIMENTO DE AUDITORIA INTERNA

## ESPECIFICAÇÕES DAS MEDIDAS PREVISTAS NO PLANEJAMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO FRAUDULENTA OU DESATENTA



Previamente ao início da coleta de dados, foi realizado treinamento com os entrevistadores, com foco na padronização da abordagem, no correto entendimento do instrumento de pesquisa e na observância das diretrizes metodológicas estabelecidas. Durante o trabalho de campo, a coleta foi acompanhada por um coordenador, responsável por monitorar a aderência aos procedimentos definidos, tanto nas entrevistas telefônicas quanto na utilização da plataforma digital exclusiva da Colectta.

Como parte do processo de auditoria interna, foi realizada a verificação de 20% das entrevistas concluídas por entrevistador, por meio da comparação entre os registros inseridos no sistema quando aplicável, bem como da análise de consistência dos questionários respondidos via plataforma digital, assegurando a integridade, a confiabilidade e a conformidade dos dados coletados.

## Análise preliminar do cadastro recebido de beneficiários

Para desenvolvimento da pesquisa de satisfação dos beneficiários, foi efetuada uma análise preliminar dos dados verificando os potenciais elegíveis ao universo amostral, ou seja, excluindo beneficiários duplicados e com idade inferior a 18 anos. Segue abaixo a tabela com o resumo:

Descrição	Frequência absoluta	Frequência relativa
Total de beneficiários enviados pela operadora	645	100%
Beneficiários com duplicidade na base de dados	0	0%
Beneficiários com idade inferior a 18 anos	0	0%
Universo amostral	645	100%

Portanto, **645** beneficiários constituíram a população-alvo da pesquisa de satisfação dos beneficiários da operadora. A partir desse universo validado, a Colectta estruturou os estratos de interesse, segmentando a população de acordo com sexo e faixas etárias, de modo a garantir maior precisão nas estimativas e assegurar a representatividade estatística necessária para o desenvolvimento do plano amostral.

## PLANEJAMENTO AMOSTRAL

O plano amostral adotado baseia-se em **amostragem estratificada proporcional**.

A realização da coleta de dados foi por meio de abordagem multicanal, combinando entrevistas telefônicas e o uso da plataforma digital exclusiva da Colectta. A coleta telefônica foi conduzida por entrevistadores devidamente treinados, enquanto a plataforma digital foi acessada por meio de link individual, pessoal e intransferível, enviado aos beneficiários selecionados via e-mail/whatsapp.

A estratificação foi realizada a partir das variáveis sexo e faixas etárias, conforme recomendação metodológica e melhores práticas em pesquisas de satisfação no setor de saúde suplementar. Essa abordagem assegura que todos os grupos relevantes da população-alvo — finita e previamente tratada — estejam proporcionalmente representados na amostra final, permitindo estimativas mais precisas e redução da variabilidade entre estratos.

A escolha pela amostragem estratificada proporcional é particularmente apropriada para estudos regulados pela ANS, pois possibilita:

- controle da composição da amostra, garantindo adequação ao perfil real dos beneficiários;
- melhor precisão estatística, com redução do erro amostral em comparação a amostragens simples de mesmo tamanho;
- otimização dos recursos de coleta, direcionando esforços aos estratos de maior relevância ou com maior dispersão populacional;
- transparência e reprodutibilidade, características essenciais para pesquisas auditáveis e metodologicamente robustas.

Para análise de dados foram utilizados os indicadores e a seguinte classificação:

**T2B (Top Two Boxes)** corresponde à soma dos percentuais das **duas categorias mais positivas da escala de resposta** utilizada na pesquisa. Esse indicador representa a proporção de beneficiários que expressam avaliação favorável ou elevada satisfação em relação ao item avaliado.

**B2B (Bottom Two Boxes)** corresponde à soma dos percentuais das **duas categorias mais negativas da escala de resposta**. Esse indicador reflete a proporção de beneficiários que manifestam insatisfação ou avaliação negativa em relação ao item analisado.

Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam “Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde”, “Não sei/não me lembro”, “Nunca acessei a lista de prestadores de serviços”, “Nos últimos 12 meses não acessei meu plano”, “Nos últimos 12 meses não reclamei do meu plano de saúde”, “Nunca preenchi documentos e formulários do meu plano de saúde”, “Não tenho como avaliar”.

### Classificação:

Altíssimo : 80% a 100%

Alto : 70% a 79%

Médio : 50% a 69%

Baixo : 30% a 49%

Baixíssimo : 0% a 29%

## CRONOGRAMA DE TRABALHO

Todo o processo foi conduzido sob acompanhamento contínuo da coordenação de campo da Colectta e submetido a auditoria interna, garantindo a conformidade metodológica, a rastreabilidade das interações e a integridade das informações coletadas.

A seguir, é apresentado o quadro com o cronograma de trabalho:

Atividade	Data
Recebimento da base de dados da operadora	20/02/2026
Validação da base	25/02/2026
Início da coleta de dados	02/03/2026
Fim da coleta de dados	02/04/2026
Auditoria interna	04/04/2026
Desenvolvimento de relatório e nota técnica	06/04/2026
Entregas à operadora e à auditoria independente	09/04/2026

## DEFINIÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

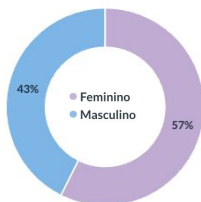
O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para amostragem estratificada proporcional em população finita.

Considerando que a população alvo da pesquisa é composta por **645** beneficiários da operadora, ao **nível de confiança de 90% e margem de erro máximo de 5%**, a amostra foi formada por **190 respondentes**.

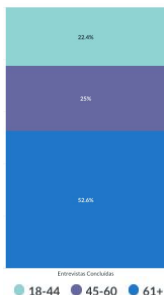
Os beneficiários selecionados na amostra que não foram encontrados ou que se recusaram a responder o questionário foram aleatoriamente substituídos por outros beneficiários.

## PERFIL DA AMOSTRA

### Sexo



### Faixa Etária



Os principais indicadores para gerar a amostra e estimar os parâmetros são o sexo e faixa etária, para ser possível identificar se é necessário algum ajuste de acordo com a população.

Com o objetivo de corrigir a sub-representação de sexo e faixas etárias na amostra, foi aplicado procedimento de ponderação pós-estratificação por sexo e idade, tomando como referência a distribuição real da base de beneficiários do plano. Desse modo, foram atribuídos fatores de expansão específicos a cada grupo.

Esse ajuste reduz o viés decorrente de diferenças nas taxas de resposta entre idades e sexo e torna as estimativas globais de satisfação mais representativas da carteira de beneficiários. Ressalta-se que a ponderação corrige a distribuição amostral, mas não elimina a necessidade de cautela da interpretação dos dados relacionados aos grupos com baixo número de respondentes

sexo	faixa_etaria	peso
M	18-44	1.92
M	45-60	0.97
M	61+	0.8
F	18-44	1.41
F	45-60	0.74
F	61+	0.92

## APROVEITAMENTO DA AMOSTRA

Aproveitamento da amostra			
Situação do questionário	Quantidade de beneficiários	% Beneficiários	Quantidade de ligações
Questionário concluído	190	30,35%	2.524
Não foi possível localizar o beneficiário - não atendeu o telefone/e-mail/endereço não é do beneficiário da amostra	398	63,58%	7.392
Pesquisa incompleta - o beneficiário desistiu no meio do questionário	3	0,48%	37
Outros - demais classificações não especificada anteriormente	1	0,16%	25
O beneficiário não aceitou participar da pesquisa	34	5,43%	672
Total	626	100%	10.650

### TAXA DE RESPONDENTES - 30,35%

Dos **626** beneficiários selecionados para a amostra, tivemos um aproveitamento médio de **1 a cada 3,3 indivíduos** que foi contatado. Antes de ser feita qualquer correção ou desvio da amostra, foi tentado contato em diferentes dias da semana para os beneficiários que não foram localizados, chegando a uma média de **18,6 tentativas para cada contato** antes de mudar para o próximo da amostra.

# RESULTADOS PRELIMINARES

Elementos avaliados									
A. Atenção a saúde	Frequência - Cuidado da saúde	Nunca 0,4%	As vezes 10,2%	A maioria das vezes 21,7%	Sempre 61,3%	Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde 5,9%	Não sei/não me lembro 0,5%		
		NEGATIVO		POSITIVO					
	Frequência - Atenção imediata	Nunca 2,7%	As vezes 4,9%	A maioria das vezes 6,6%	Sempre 51,8%	Nos 12 últimos não precisei de atenção imediata 32,4%	Não sei/não me lembro 1,6%		
		NEGATIVO		POSITIVO					
	Contato sobre prevenção	Não 8,5%	Sim 80,8%	Não sei/não me lembro 10,7%					
	NEGATIVO		POSITIVO						
Atenção recebida em saúde	Muito ruim 0,0%	Ruim 2,3%	Regular 4,1%	Bom 31,1%	Muito bom 59,4%	Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde 3,1%	Não sei/não me lembro 0,0%		
	NEGATIVO		POSITIVO						
Acesso a lista de prestadores de saúde	Muito ruim 0,0%	Ruim 4,6%	Regular 18,7%	Bom 39,1%	Muito bom 29,1%	Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde 6,7%	Não sei 1,8%		
	NEGATIVO		POSITIVO						

Elementos avaliados									
B. Canal de atendimento das operadoras	Atendimento ao SAC	Muito ruim 0,0%	Ruim 1,5%	Regular 3,1%	Bom 32,2%	Muito bom 54,9%	Nos últimos 12 meses não acessei meu plano de saúde 6,7%	Não sei/não me lembro 1,6%	
		NEGATIVO		POSITIVO					
	Demanda resolvida	Não 4,3%	Sim 33,9%	Nos últimos 12 meses não reclamei do meu plano de saúde 57,7%	Não sei/não me lembro 4,1%				
	NEGATIVO		POSITIVO						
Facilidade de preenchimento de form	Muito ruim 0,0%	Ruim 0,0%	Regular 6,8%	Bom 31,2%	Muito bom 29,8%	Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde 23,0%	Não sei/não me lembro 9,2%		
	NEGATIVO		POSITIVO						
C. Avaliação geral	Nota ao plano	Muito ruim 0,0%	Ruim 1,0%	Regular 0,9%	Bom 32,0%	Muito bom 65,7%	Não sei/não tenho como avaliar 0,4%		
		NEGATIVO		POSITIVO					
Recomendaria o plano	Não recomendaria 0,8%	Indiferente 1,4%	Recomendaria com ressalvas 4,8%	Recomendaria 54,1%	Definitivamente recomendaria 36,2%	Não sei/não tenho como avaliar 2,6%			
	NEGATIVO		POSITIVO						

## Análise Descritiva

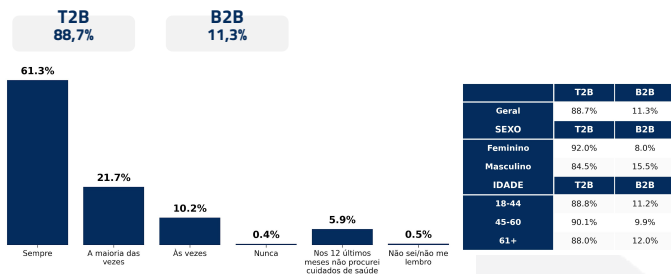
A tabela seguinte apresenta a síntese dos estimadores e erros amostrais por questão aplicada, com base nos dados obtidos no processo de coleta.

Importante destacar que as questões 3 e 7 do questionário aplicado foram excluídas da tabela devido serem variáveis categóricas com respostas dicotômicas (“Sim” ou “Não”).

Pergunta	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Limite Inferior	Limite Superior
1. Nos 12 últimos meses, com que frequência o (a) Sr.(a) conseguiu ter cuidados de saúde (por exemplo: consultas, exames ou tratamentos) por meio de seu plano de saúde quando necessitou?	177	3.54	0.70	0.05	3.45	3.62
2. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) necessitou de atenção imediata (atendimentos de urgência ou emergência), com que frequência o (a) Sr.(a) foi atendido pelo seu plano de saúde assim que precisou?	125	3.63	0.79	0.07	3.51	3.75
4. Nos últimos 12 meses, como o (a) Sr.(a) avalia toda a atenção em saúde recebida (por exemplo: atendimento em Hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros)?	184	4.52	0.69	0.05	4.44	4.61
5. Como o (a) Sr.(a) avalia a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados pelo seu plano de saúde (por exemplo: médicos, cientistas, psicólogos, fisioterapeutas, hospitais, laboratórios e outros) por meio físico ou digital (por exemplo: guia médico, livro, aplicativo de celular, site na internet)?	173	4.01	0.85	0.06	3.91	4.12
6. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) acessou seu plano de saúde (exemplos de acesso: SAC – serviço de apoio ao cliente, presencial, aplicativo de celular, sítio institucional da operadora na internet ou por meio eletrônico) como o (a) Sr.(a) avaliava seu atendimento, considerando o acesso às informações de que precisava?	174	4.53	0.64	0.05	4.45	4.61
8. Como o (a) Sr.(a) avalia os documentos ou formulários exigidos pelo seu plano de saúde (por exemplo: formulário de adesão/alteração do plano, pedido de reembolso, inclusão de dependentes) quanto ao quesito facilidade no preenchimento e envio?	128	4.34	0.65	0.06	4.25	4.43
9. Como o (a) Sr.(a) avalia seu plano de saúde?	189	4.63	0.56	0.04	4.56	4.70
10. O (a) Sr.(a) recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?	185	4.27	0.70	0.05	4.18	4.35

## A – ATENÇÃO À SAÚDE

1. Nos 12 últimos meses, com que frequência o (a) Sr.(a) conseguiu ter cuidados de saúde (por exemplo: consultas, exames ou tratamentos) por meio de seu plano de saúde quando necessitou?



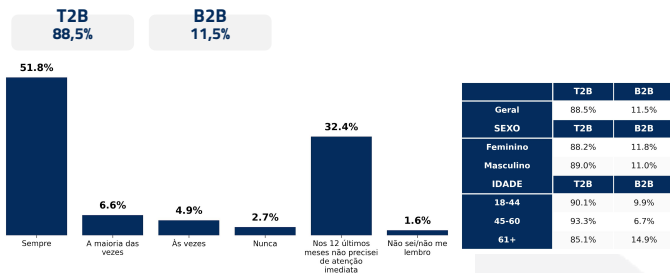
\*88,7% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Altíssima) quanto à frequência com que foram atendidos pelo plano de saúde. Analisando os perfis sexo e faixas etárias, as avaliações positivas ocorreram em nível Altíssimo em todos os perfis.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Sempre	3.5%	55.5%	67.1%
A maioria das vezes	3%	16.8%	26.6%
Às vezes	2.2%	6.6%	13.8%
Nunca	0.5%	0.0%	1.2%
Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde	1.7%	3.1%	8.7%
Não sei/não me lembro	0.5%	0.0%	1.3%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde" e "Não sei/não me lembro".

## A – ATENÇÃO À SAÚDE

2. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) necessitou de atenção imediata (atendimentos de urgência ou emergência), com que frequência o (a) Sr.(a) foi atendido pelo seu plano de saúde assim que precisou?



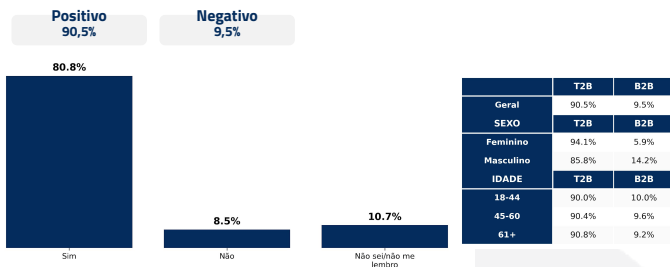
\*88,5% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Altíssima) quanto à frequência com que foram atendidos pelo plano de saúde em situação de atenção imediata. Analisando os perfis sexo e faixas etárias, as avaliações positivas atingem nível Altíssimo em todos perfis.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Sempre	3.6%	45.9%	57.7%
A maioria das vezes	1.8%	3.6%	9.6%
Às vezes	1.6%	2.3%	7.5%
Nunca	1.2%	0.7%	4.7%
Nos 12 últimos meses não precisei de atenção imediata	3.4%	26.8%	38.0%
Não sei/não me lembro	0.9%	0.1%	3.1%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não precisei de atenção imediata" e "Não sei/não me lembro".

## A – ATENÇÃO À SAÚDE

3. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) recebeu algum tipo de comunicação de seu plano de saúde (por exemplo: carta, e-mail, telefonema etc.) convidando e/ou esclarecendo sobre a necessidade de realização de consultas ou exames preventivos, tais como: mamografia, preventivo de câncer, consulta preventiva com urologista, consulta preventiva com dentista, etc?



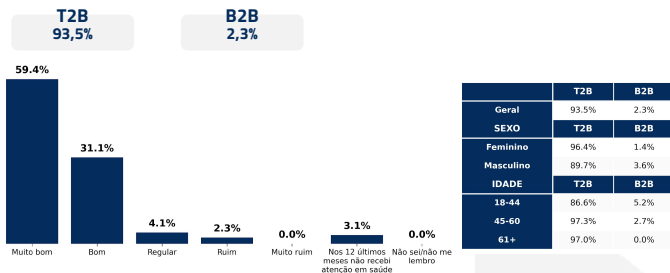
\*90,5% dos beneficiários (classificação Altíssima) afirmam terem recebido comunicações do plano de saúde relacionadas a convites e/ou orientações para a realização de consultas e exames preventivos. Analisando os perfis, esta percepção é constante em todos os grupos.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Sim	2.9%	76.0%	85.6%
Não	2%	5.2%	11.8%
Não sei/não me lembro	2.2%	7.1%	14.3%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Não sei/não me lembro".

## A – ATENÇÃO À SAÚDE

4. Nos últimos 12 meses, como o (a) Sr.(a) avalia toda a atenção em saúde recebida (por exemplo: atendimento em Hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros)?



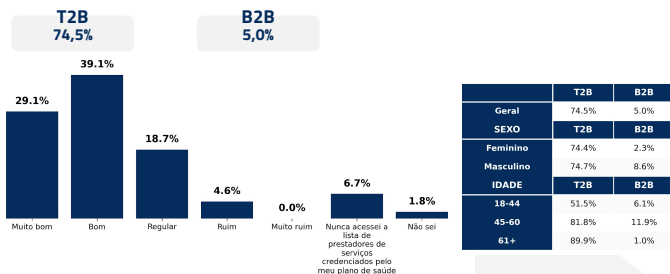
\*93,5% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Altíssima) em relação à atenção em saúde recebida nos últimos 12 meses, prevalecendo esta avaliação em todos os perfis.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	3.6%	53.5%	65.3%
Bom	3.4%	25.5%	36.7%
Regular	1.4%	1.8%	6.4%
Ruim	1.1%	0.5%	4.1%
Muito ruim	0%	0.0%	0.0%
Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde	1.3%	1.0%	5.2%
Não sei/não me lembro	0%	0.0%	0.0%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde" e "Não sei/não me lembro".

## A – ATENÇÃO À SAÚDE

5. Como o (a) Sr.(a) avalia a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados pelo seu plano de saúde (por exemplo: médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, hospitais, laboratórios e outros) por meio físico ou digital (por exemplo: guia médico, livro, aplicativo de celular, site na internet)?



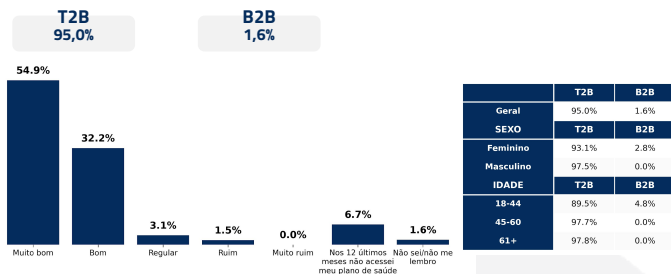
\*74,5% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Alta) quanto à facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados. Analisando os perfis, a percepção de facilidade é Alta ou Altíssima, com exceção da faixa de 18 a 44 anos, que atinge nível Médio.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	3.3%	23.7%	34.5%
Bom	3.5%	33.3%	44.9%
Regular	2.8%	14.1%	23.3%
Ruim	1.5%	2.1%	7.1%
Muito ruim	0%	0.0%	0.0%
Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde	1.8%	3.7%	9.7%
Não sei	1%	0.2%	3.4%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde" e "Não sei/não me lembro".

## B – CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

6. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) acessou seu plano de saúde (exemplos de acesso: SAC – serviço de apoio ao cliente, presencial, aplicativo de celular, sítio institucional da operadora na internet ou por meio eletrônico ) como o (a) Sr.(a) avalia seu atendimento, considerando o acesso às informações de que precisava?



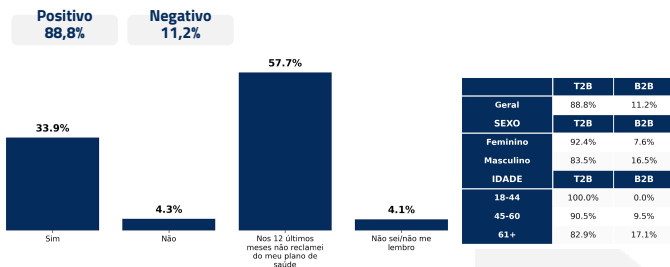
\*95% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Altíssima) em relação ao acesso às informações por meio dos diferentes canais disponibilizados pelo plano. Nas análises dos perfis, a avaliação positiva atinge nível Altíssimo em todos os grupos.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	3.6%	49.0%	60.8%
Bom	3.4%	26.6%	37.8%
Regular	1.3%	1.0%	5.2%
Ruim	0.9%	0.0%	3.0%
Muito ruim	0%	0.0%	0.0%
Nos 12 últimos meses não acessei meu plano de saúde	1.8%	3.7%	9.7%
Não sei/não me lembro	0.9%	0.1%	3.1%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não acessei meu plano de saúde" e "Não sei/não me lembro".

## B – CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

7. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) fez uma reclamação para o seu plano de saúde (nos canais de atendimento fornecidos pela operadora como por exemplo SAC, Fale Conosco, Ouvidoria, Atendimento Presencial) o (a) Sr.(a) teve sua demanda resolvida?



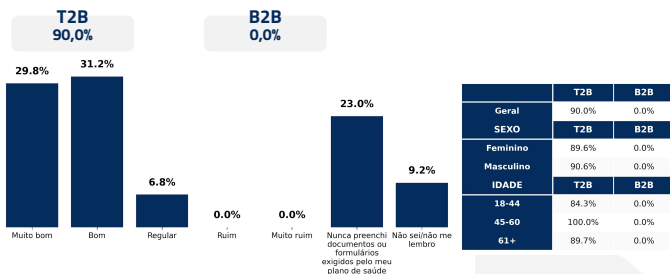
\*88,8% dos beneficiários que fizeram reclamação afirmam que tiveram a demanda resolvida.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Sim	3.4%	28.3%	39.5%
Não	1.5%	1.8%	6.8%
Nos 12 últimos meses não reclamei do meu plano de saúde	3.6%	51.8%	63.6%
Não sei/não me lembro	1.4%	1.8%	6.4%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não reclamei do meu plano de saúde" e "Não sei/não me lembro".

## B – CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

8. Como o (a) Sr.(a) avalia os documentos ou formulários exigidos pelo seu plano de saúde (por exemplo: formulário de adesão/alteração do plano, pedido de reembolso, inclusão de dependentes) quanto ao quesito facilidade no preenchimento e envio?



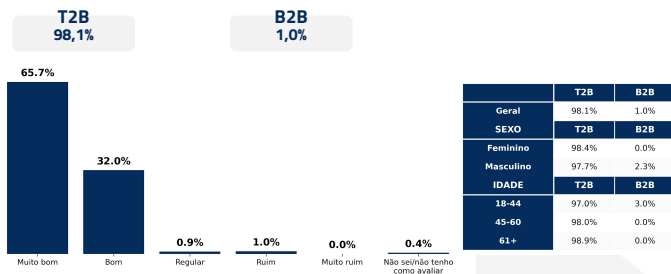
\*90% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Altíssima) quanto à facilidade de preenchimento e envio dos documentos ou formulários exigidos pelo plano de saúde. Destaca-se a o total ausência de relatos de dificuldade.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	3.3%	24.4%	35.2%
Bom	3.4%	25.6%	36.8%
Regular	1.8%	3.8%	9.8%
Ruim	0%	0.0%	0.0%
Muito ruim	0%	0.0%	0.0%
Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde	3.1%	17.9%	28.1%
Não sei/não me lembro	2.1%	5.7%	12.7%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde" e "Não sei/não me lembro".

## C - AVALIAÇÃO GERAL

9. Como o (a) Sr.(a) avalia seu plano de saúde?



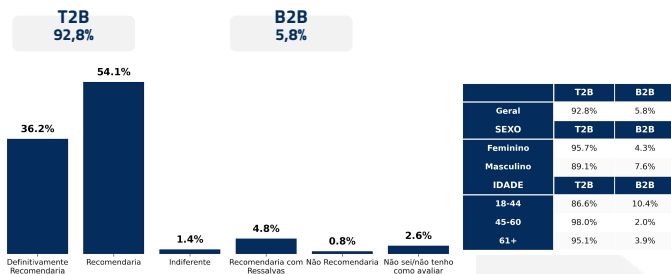
\* 98,1% avaliaram com positividade (classificação Altíssima) o plano no geral. Em todos os perfis analisados, a avaliação de positividade é Altíssima em nível de Excelência.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	3.4%	60.1%	71.3%
Bom	3.4%	26.4%	37.6%
Regular	0.7%	0.0%	2.1%
Ruim	0.7%	0.0%	2.2%
Muito ruim	0%	0.0%	0.0%
Não sei/não tenho como avaliar	0.5%	0.0%	1.2%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Não sei/não tenho como avaliar".

## C - AVALIAÇÃO GERAL

10. O (a) Sr.(a) recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?



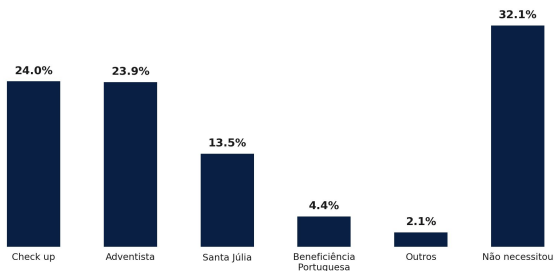
\*92,8% recomendariam o plano de forma espontânea aos familiares ou amigos (classificação Altíssima). Entre os beneficiários que responderam a pesquisa, apenas 0,8% não o recomendaria (nível Baixíssimo).

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Definitivamente Recomendaria	3.5%	30.4%	42.0%
Recomendaria	3.6%	48.2%	60.0%
Indiferente	0.9%	0.0%	2.9%
Recomendaria com Ressalvas	1.5%	2.3%	7.3%
Não Recomendaria	0.7%	0.0%	2.0%
Não sei/não tenho como avaliar	1.2%	0.6%	4.6%

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Não sei/não tenho como avaliar".

## D - PERGUNTAS EXTRAS

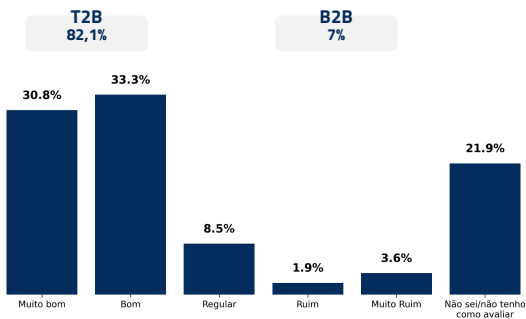
11. No ano de 2025, o(a) Sr.(a) necessitou de atendimento de urgência ou emergência? Se sim, em qual hospital?



Os hospitais Check Up (24%) e Adventista (23,9%) foram os mais utilizados para atendimentos de urgência e emergência nos 12 últimos meses.

## D - PERGUNTAS EXTRAS

12. (Para quem teve atendimento emergencial) De forma geral, como o(a) Sr.(a) avalia a qualidade da assistência recebida no Pronto Socorro?

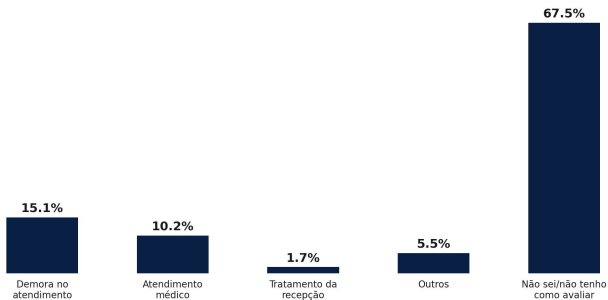


\*Entre os beneficiários que tiveram atendimento emergencial, 81,1% avaliaram com positividade (classificação Altíssima).

\*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Não sei/não tenho como avaliar".

## D - PERGUNTAS EXTRAS

13. (Para quem teve atendimento emergencial) Caso sua avaliação tenha sido "Regular", "Ruim"; ou "Muito Ruim", qual foi o principal motivo da sua insatisfação?



A demora no atendimento foi o principal motivo indicado para insatisfação em situações de emergências.

# CONCLUSÕES

A análise dos resultados da pesquisa de satisfação dos beneficiários da AFTEAM evidencia uma percepção amplamente positiva em relação aos principais aspectos da experiência com o plano, especialmente no que se refere à frequência com que o beneficiário conseguiu ter cuidados de saúde (consultas, exames ou tratamentos) quando necessitou e à frequência com que conseguiu atendimento em situação de atenção imediata, ambos com avaliações consistentes entre os diferentes perfis analisados. Também se observa avaliação favorável quanto ao atendimento recebido quando precisou de cuidados de saúde, bem como em relação ao contato com os prestadores de serviços credenciados, indicando uma experiência assistencial bem estruturada e alinhada às expectativas dos beneficiários.

No campo da percepção geral, destacam-se avaliações positivas quanto à nota atribuída ao plano de saúde e à disposição em recomendar o plano a familiares ou amigos, refletindo um bom nível de confiança e satisfação global com a operadora. Adicionalmente, a resolução das demandas realizadas junto ao plano de saúde apresenta uma percepção favorável, sugerindo efetividade nos processos de atendimento e resposta às solicitações dos beneficiários.

Os resultados apontam também oportunidades de aprimoramento em aspectos relacionados a grupos específicos, como a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados para as pessoas entre 18 e 44 anos.

De forma geral, a AFTEAM demonstra um desempenho sólido e consistente nos aspectos centrais da experiência assistencial e na percepção global do plano, sustentado por avaliações extremamente positivas quanto ao acesso e à confiança dos beneficiários.



# Colectta

Instituto de Pesquisa Estatística

[WWW.COLECTTA.COM.BR](http://WWW.COLECTTA.COM.BR)